

## **A importância da linguagem para a melhoria da literacia em saúde**

### **The importance of language for the improvement of health literacy**

**Cristina VAZ DE ALMEIDA**. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Portugal.  
([cristina.vazalmeida@scml.pt](mailto:cristina.vazalmeida@scml.pt))

#### **Resumo**

**Introdução** – A linguagem é um veículo que permite uma interação dinâmica nos processos de comunicação e de melhoria da literacia em saúde do cidadão. Melhorar o processo de linguagem das pessoas menos literadas beneficia os resultados. Existem evidências de que há categorias sociais em que mais de 60% dos indivíduos registam níveis de literacia limitados de nível «problemático» ou «inadequado». É possível destacar os seguintes grupos: indivíduos com 66 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até € 500,00; com doenças prolongadas; com uma autoperceção de saúde «má»; que frequentaram no último ano seis ou mais vezes os cuidados de saúde primários; que se sentem limitados por terem alguma doença crónica. **Objetivos** – O artigo visa demonstrar os diferentes processos de assimilação da linguagem, desde o processo lógico até ao processo de inferência e as diferenças entre os bons e os maus leitores. **Método** – Revisão sistemática de literatura associada a linguagem, a literacia e a literacia em saúde. **Resultados** – Comprova-se pelos estudos analisados que as pessoas que são menos literadas ativam diferentes partes do cérebro e não fazem as mesmas inferências que as pessoas mais literadas. Estudos quantitativos sucessivos, suportados por imagens cerebrais (PET, com repetição de medições do circuito do sangue cerebral) comprovam a existência de diferentes processos de compreensão e repetição de palavras entre sujeitos letrados e iletrados. **Discussão e Conclusões** – O processo de aprendizagem de leitura é essencial para as pessoas desenvolverem os seus processos de inferência e de compreensão de linguagem. As pessoas menos literadas não conseguem compreender um texto da mesma forma que as pessoas mais literadas, inclusivamente não fazem categorias por associação de palavras e, se existirem palavras que não compreendem, saltam essas palavras, havendo assim um risco acrescido na compreensão da informação e colocando em risco a sua saúde, no caso da necessidade de se pôr em prática o seu nível de literacia em saúde. Dos resultados obtidos, os verdadeiros «iletrados» têm um desempenho mais pobre e não ativam as mesmas estruturas neurais que os indivíduos literados. Os autores realçam a problemática das pessoas que, apesar da escolaridade (sabem ler ou escrever), diminuem essas capacidades pela falta de uso.

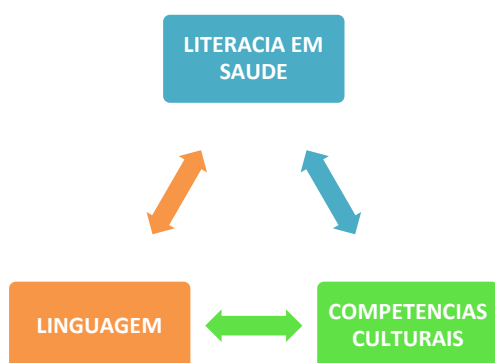
#### **Introdução**

A literacia em saúde é um constructo dinâmico e um fenómeno complexo necessariamente associada à linguagem e à comunicação<sup>1</sup>. O ano de 1974 marcou a primeira vez que o termo «Literacia em Saúde» foi usado.

A literacia em saúde, as competências culturais e a linguagem são conceitos distintos, mas profundamente ligados para fornecer serviços de saúde de forma equitativa a toda uma população.

Se recuarmos no tempo conseguimos observar que a consciência do ser humano de ser uma mente ativa apareceu apenas quando o cérebro desenvolveu a linguagem. A linguagem contém em si código e discurso, sujeitos à interpretação simbólica de quem a usa<sup>2</sup>. Da linguagem à comunicação fazem-se pontes para uma maior literacia em saúde. A realidade que nos rodeia é simbólica. A interpretação da realidade é feita através dos sentidos humanos. Os sentidos interpretam os símbolos que nos rodeiam.

Para se comunicar é preciso «entender» o outro numa relação dialógica. Neste processo, a língua é reconhecida como um sistema de signos, um produto social, uma convenção enquanto a linguagem faz a mediação entre o homem e a realidade natural e social<sup>3</sup>.



É através de uma linguagem e comunicação adequadas, num determinado contexto cultural, que o indivíduo consegue aceder, usar, compreender, avaliar e interpretar, em diversos graus, o sistema que o rodeia, para poder tomar decisões sobre a sua saúde.

A literacia em saúde vai mais longe do que a simples literacia: a literacia em saúde necessita de mais competências e variáveis; capacidade para seguir instruções; saber analisar e dar informação; assumir e tomar decisões acertadas em saúde.

Os erros mais comuns que conduzem a uma baixa literacia em saúde implicam:



Falta de compreensão dos conteúdos



Confusão no entendimento do significado das palavras



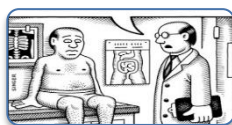
Medicamentos, embalagens ou produtos com nomes semelhantes ou muito técnicos



Incompreensão das orientações dadas



Utilização de produtos não monitorizada



Relação terapêutica excessivamente técnica onde não se investe na relação interpessoal

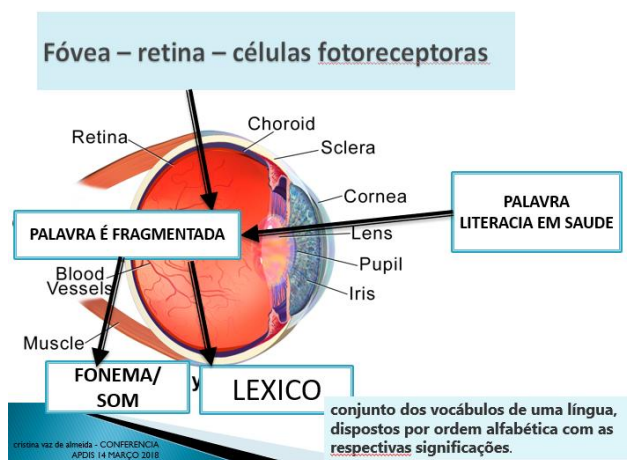
### **A questão: todos aprendemos e compreendemos da mesma forma?**

O hemisfério esquerdo é responsável pela capacidade de aprender a ler e a escrever, exclusiva do ser humano.

O hemisfério esquerdo reconhece-se por ser mais rápido, mais seletivo, local onde se processa a linguagem, sobretudo a do dia-a-dia, retém informação nova, onde entra o conhecimento, a lógica e a matemática.

O hemisfério direito é mais lento, concentra as emoções, faz a inferência do contexto, é integrador, remete para a compreensão do discurso e a coerência global, para a imaginação, é onde se alojam as crenças.

Um adulto literado domina 50 mil palavras, pode reconhecer e produzir 200 palavras por minuto, equivalente a três palavras por segundo.



A forma como as palavras estão armazenadas no nosso cérebro é arbitrária e depende de questões de ordem cultural, depende do uso e funciona por associação<sup>4</sup>.

A fóvea, na retina, contendo células fotoreceptoras, fragmenta as palavras e desdobra-as em fonemas (sons e léxico, entendido este pelo conjunto dos vocábulos de uma língua, dispostos por ordem alfabética com as respetivas significações).

Neste processo de linguagem realça-se a importância da comunicação não-verbal como forma não discursiva da linguagem que depende também das capacidades visuais dos intervenientes. Temos o veículo onde se materializam o corpo, as características físicas, os movimentos, a apresentação e adereços, o espaço, o ambiente e distância entre as pessoas. Acrescentam-se os vários códigos: contacto físico (como, onde, quem), a proximidade ou proxémia ou o grau de proximidade para transmitir a mensagem; a orientação na posição das pessoas umas em relação às outras; os movimentos de cabeça, de consentimento ou discórdia; a expressão facial como as emoções através da face; os gestos ou quinésia, em especial a mão e braços); o contacto visual, seja direto ou evitamento; e a prosódia assente em registos não-verbais do discurso (e.g., entoação, acentuação, tom, volume, pronúncia).

A visão permite a captação de imagens que, de acordo com a linguagem, aspetos culturais que se prendem com o contexto em que a pessoa se enquadra e a sua literacia em saúde, fazem atuar os «marcadores somáticos» nos nossos cérebros, que despertam e começam a ligar vários pontos: ambientes, qualidade de apresentação, origens, culturas, limpeza, materiais, etc. O que se entende e se percebe sobre «ricos» e «pobres», bom, mau, etc. As ideias que foram evocadas fazem disparar muitas outras ideias numa crescente cascata de atividade no cérebro. Cada elemento está ligado e fortalece o outro. A palavra evoca recordações, que evocam emoções, que evocam expressões faciais e outras reações<sup>4</sup>.

## O problema

O ano de 1996 marcou o primeiro estudo nacional de literacia. Coordenado pela Professora Ana Benavente, o estudo deu origem ao livro *A LITERACIA EM PORTUGAL: RESULTADOS DE UMA PESQUISA EXTENSIVA E MONOGRÁFICA*<sup>5</sup>. O trabalho de campo foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística. Os dados apontavam para uma baixa literacia na medida em que 79,4% da população se situava entre os níveis 0 e 2. Foi avaliada a posição de cada pessoa num

*continuum* de competências<sup>5:4</sup>. Os níveis literacia não são independentes das origens sociais dos indivíduos: “não é a morte dos iletrados que resolverá este cenário, pois as condições sociais herdadas condicionam o desenvolvimento das competências”<sup>5:167</sup>. Em 2014, no INQUÉRITO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE e da aplicação e tradução portuguesa<sup>6</sup> verifica-se que mais de 50% da população portuguesa tinha um nível de literacia em saúde inadequada ou problemática. Também se revelam no QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE baixos níveis de literacia em saúde da população europeia, a rondar os 47,2%<sup>1</sup>. Existem grupos muito vulneráveis no campo da literacia em saúde na sociedade portuguesa. As categorias sociais em que mais de 60% dos indivíduos registam níveis de literacia limitados, problemáticos ou inadequados: indivíduos com 66 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até € 500,00; com doenças prolongadas; com uma autoperceção de saúde má; que frequentaram no último ano seis ou mais vezes os cuidados de saúde primários; que se sentem limitados por terem alguma doença crónica<sup>6</sup>.

Face a estes números tão elevados de pessoas com baixa literacia é essencial fazer o levantamento das questões sociais e culturais e dos fatores biológicos. Castro-Caldas, Petersson, Reis, Stone-Elander e Ingvar desenvolveram, em 1996, e reforçaram em 1998, o estudo THE ILLITERATE BRAIN<sup>7</sup>. Estes autores tentam dar uma resposta biológica às falhas existentes do nível de literacia em pessoas. Através de estudos quantitativos sucessivos, suportados por imagens cerebrais (PET, com repetição de medições do circuito do sangue cerebral), vêm comprovar a existência de diferentes processos de **compreensão e repetição** de palavras entre sujeitos letrados e iletrados. Dos resultados obtidos, os **iletrados** têm um desempenho mais pobre e não ativam as mesmas estruturas neurais que os indivíduos literados<sup>7:1056</sup>. Estes especialistas realçam a problemática das pessoas que, apesar da escolaridade (sabem ler ou escrever), diminuem essas capacidades pela falta de uso, já reforçado por Doak, Doak, Rooter, em 1998<sup>8-9</sup>. Os autores concluem ainda que aprender a ler e a escrever durante a infância influencia a organização funcional do cérebro humano adulto. Assim, podemos afirmar que compreender é saber como um objeto simbólico (texto, conversa, pintura, etc.) produz sentido<sup>2</sup>.

Ora regressamos assim à necessidade das competências que integram os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais. Sejam elas cognitivas, enquadradas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, pelo «ato ou processo de conhecer». Estas competências incluem estados mentais e processos como pensar, a atenção, o raciocínio, a memória, o juízo, a imaginação, o pensamento, o discurso, a perceção visual e auditiva, a aprendizagem, a consciência, as emoções. Acrescem as competências sociais definidas pela capacidade de mobilizar conhecimentos, valores e decisões para agir de modo pertinente numa determinada situação. O processo de linguagem integra a legibilidade e a lecturabilidade. Neste âmbito destaca-se a importância da inferência ou a compreensão do «todo» nesta mediação entre o homem e a realidade. Conseguimos reconhecer uma letra qualquer que seja a sua posição na palavra, mas a associação entre palavras não é sempre linear quando o indivíduo tem uma baixa literacia. A inferência e a compreensão são degraus difíceis de escalar para um cérebro pouco habituado à complexidade da linguagem em saúde. Porque as pessoas com baixa literacia, apesar de conseguirem descodificar palavras, frases e até textos, não conseguem usar a informação escrita contida em livros, jornais, folhetos, suportes digitais, etc. Apesar de conhecerem os números, grande parte das pessoas não consegue fazer cálculos simples.

Podemos ter um documento, *site*, folheto ou outro suporte físico ou digital, totalmente legível e este não ser de fácil compreensão, contribuindo para um maior risco na sua aplicabilidade ou

na transmissão das informações. Podemos ter um profissional de saúde que aplica todo o seu conhecimento e competência técnica ao seu paciente e este não assimila o que lhe foi transmitido, contribuindo para um maior risco da sua saúde e menor promoção e autocuidado. E isto sucede porque:

- A literacia está relacionada com os níveis de competências funcionais
- Competências em literacia não têm a ver com a inteligência
- A falta de uso e prática atrofia as pessoas
- As pessoas com baixa literacia tendem a ler uma palavra de cada vez
- Geralmente saltam as palavras que não compreendem
- Não dividem a informação em classes de informação ou categorias
- O desuso diminui a capacidade e as competências

Estudos mostram que, em média, os adultos leem três a cinco níveis mais baixos comparativamente aos anos de escolaridade.

É importante que os profissionais de saúde compreendam o risco de os pacientes não entenderem a informação que lhes é transmitida e que é relevante para a manutenção da saúde<sup>10</sup>.

Para a comunicação ser efetiva, a mensagem tem de ser compreendida, lembrada, levar à ação, quando necessário. Os pacientes que não conseguem entender e lembrar o diagnóstico e o tratamento ficam, à partida, insatisfeitos com o encontro da consulta. Um total de 40 a 80% dos pacientes sai da consulta e não se lembra: do nome do medicamento; da frequência da dose; da duração do tratamento; do regime de tratamento<sup>11</sup>. A evidência sugere que a maior parte das avaliações dos profissionais de saúde sobre as suas competências se baseia em critérios técnicos clínicos. Os pacientes julgam a qualidade do cuidado pelos critérios de comunicação e pela forma como são tratados.

### **A solução – Os caminhos**

Em 2006, o Institute of Medicine, no comité para a literacia em saúde, destacava nas suas conclusões os benefícios do desenvolvimento da literacia em saúde e da comunicação. A compreensão e o entendimento claro têm influência decisiva na relação de comunicação. Elementos a ter em conta: a linguagem, a sua aprendizagem, o contexto cultural e a literacia em saúde são essenciais. As pessoas que são mais «literadas» são capazes de aceder e participar melhor na sociedade e no sistema de saúde de uma forma mais abrangente e eficaz<sup>1</sup>. Porque a participação e uma maior literacia em saúde reduzem hospitalizações, mortes prematuras, gastos em saúde.

Um dos modelos de literacia em saúde:

FUNCIONAL	Obter informação sobre a utilização de serviços e riscos de saúde
INTERATIVA	Desenvolvimento das capacidades pessoais para potenciar uma ação independente, pelo indivíduo, proporcionando a motivação e a autoconfiança em aspetos relacionados com a saúde
CRÍTICA	Aumentar a influência e o poder do indivíduo nas mudanças que proporcionam melhorias na saúde, através do conhecimento adquirido dos determinantes da saúde

Entre as características da comunicação em saúde<sup>12</sup> podemos realçar a linguagem, que se quer clara, baseada na evidência, assim como os conteúdos credíveis, personalizados, consistentes, recordáveis, compreensíveis.

### **Que caminhos de mudança podem ser seguidos e que instrumentos permitem uma melhor comunicação entre o profissional e o paciente?**

Como se pode melhorar a relação terapêutica? Desenvolvemos e defendemos como instrumento para melhorar a literacia em saúde o modelo ACP – Assertividade, Clareza da linguagem e Positividade – que tem sido testado junto de vários profissionais de saúde.

A assertividade permite comunicar diretamente, sem medo, sem arrogância, dizendo o que se precisa de dizer de uma forma franca, clara, transparente. Pressupõe reconhecer que há «o outro»: reconhecimento dos seus direitos e dos direitos dos outros; controlo dos impulsos individuais; saber dizer «não»; uma melhor gestão de conflitos; um compromisso na relação; o respeito pelo outro.

A clareza da linguagem simples é aquela que é entendida à primeira, onde se utilizam mais verbos, onde o jargão técnico é traduzido numa linguagem simples permitindo uma melhor compreensão da mensagem. Está ainda associado à clareza, à entoação, à linguagem direta, às palavras simples, ao método *teach back* e às instruções claras.

Quanto à positividade, a instrução/orientação em saúde deve permitir que o paciente saiba qual a ação positiva que deve desenvolver para poder ter mais saúde/tomar decisões em saúde. Pergunta-chave a fazer: Qual o comportamento positivo que eu quero que o meu paciente faça ou tenha? O cérebro prefere ver a «ação». Se a ação é dita/proferida pela negativa não se percebe qual a ação que é pretendida.

Estes foram alguns dos resultados de quatro *focus groups* com grupos consistentes de profissionais de saúde, para validação do modelo ACP.





Sabemos que para mudar comportamentos é necessária uma experiência emocional e racional. É por isso importante investir nas interações, nos momentos de valor, alegrias, sofrimentos, vidas, relações, histórias – o que é relevante para a vida dessa pessoa, no seu contexto familiar, na comunidade, na sua perceção.

### O que é que os utentes querem na relação em saúde?

O modelo ACP é um instrumento de comunicação elaborado e aplicado para melhorar o processo de compreensão e avaliação do sistema pelos envolvidos na relação terapêutica.



Um caminho de mudança passa pela importância reconhecida à linguagem no processo de melhoria da comunicação e da literacia em saúde. Como se estimula? Aumentando o conhecimento, envolvendo o paciente, baixando as suas barreiras e sempre percebendo qual o seu contexto cultural e social. Depois, para que o paciente saiba mais e alargue a sua esfera de intervenção e capacitação, entra numa outra fase onde deve «querer agir» através de um



processo de fornecimento de mais informação, mais motivação, compreendendo as suas crenças individuais e coletivas. O caminho seguinte consiste em dotar o paciente-cidadão de mais ferramentas e estimular o saber fazer, numa autoeficácia onde deve existir por repetição da tarefa, que o conduz a uma maior saúde e autocuidado. Esta fase implica que sejam desenvolvidas mais competências e habilidades e haja sucessivamente reforços positivos dos pequenos passos dados. Devem ser conciliadas as «agendas» diferenciadas entre o profissional e o paciente através de uma linguagem que faça pontes e onde o esforço tenha como finalidade mais satisfação e melhores resultados em saúde.

### Referências bibliográficas

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
2. Monteiro SL, Piovesan AM, Mohr D, Forlin CM, Martinez JZ, Franco Z. A análise do discurso e questões sobre a linguagem. *Rev X*. 2006;2(0):1-18.
3. Saussure F. Curso de linguística geral. Lisboa: Publicações D. Quixote; 1977.
4. Kahneman D. Pensar depressa e devagar. Lisboa: Temas e Debates; 2014.
5. Benavente A, Rosa A, Costa AF, Ávila P. A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
6. Ávila P, Espanha R, Mendes RV. Inquérito à literacia em saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; CIES-IUL; 2015.
7. Castro-Caldas A, Petersson KM, Reis A, Stone-Elander S, Ingvar M. The illiterate brain: learning to read and write during childhood influences the functional organization of the adult brain. *Brain*. 1998;121(Pt 6):1053-63.
8. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
9. Doak CC, Doak LG, Friedell GH, Meade CD. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *CA Cancer J Clin*. 1998;48(3):151-62.
10. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):357-67.
11. Ogden J. Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi; 2004.
12. Carvalho-Teixeira JA. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Anal Psicol*. 2004;22(3):615-20.

### **Nota biográfica**

**Cristina Vaz de ALMEIDA**. Diretora do Serviço de Gestão de Produtos de Apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Mestre em Novas Tecnologias Aplicadas à Educação (especialização em Comunicação em *e-learning*), pela Universidade Autónoma de Barcelona e Universidade Carlos III, Madrid (2007). Pós-graduada em Marketing, pelo Instituto Superior de Gestão (1996). Pós-graduada em Direito do Ambiente, pela Universidade Católica Portuguesa (1991). Licenciada em Direito, pela Universidade Católica Portuguesa (1990). Docente e formadora de inúmeros cursos de Comunicação e Literacia em Saúde, de Marketing em Saúde em instituições académicas e organizações de saúde (centros hospitalares, ARS, etc.). Na atualidade desenvolve o seu Master Executivo em Psicologia Positiva no ISCSP-Lisboa.